

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2017 N°21

Questions autour de la pratique du BCG

Etude Qualitative

THESE
présentée
à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le : 09 Mai 2017

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR :

Chloé GOUTTEFANGEAS
Née le 18 Septembre 1989
A Saint-Etienne

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Louis STEPHAN,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de tout mon respect.

A nos Maître et Juges,

Madame le Professeur Josette VALLEE,

J'ai eu la chance de vous avoir à mes cotés durant cet internat de médecine générale. Merci pour votre bienveillance, votre générosité, et votre rigueur. Soyez assurée de ma profonde admiration pour votre personne et pour le médecin généraliste que vous représentez.

Monsieur le Professeur Bruno POZZETTO,

Je vous remercie d'avoir accepté chaleureusement de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

Madame le Docteur Elisabeth RIVOLLIER,

Je te remercie de m'avoir accompagné tout au long de ce travail et de m'avoir permis de découvrir toute la complexité de cette vaccination. Merci pour ta disponibilité et ton soutien à chaque étape de cette aventure.

A ma Directrice de thèse,

Avec qui ce travail aura été partagé dans la maternité. Merci de m'avoir conduit à ce sujet et aidé à son aboutissement.

A tous les participants de ce travail,

Merci pour votre accueil, votre collaboration et votre curiosité.

A mes docteurs,
Rodolphe et Jean-Louis, qui par leurs bons soins m'ont transmis leur passion pour la médecine générale.

A mes amis carabins,
Les perdus de vus que l'on n'oublie jamais,
Les fidèles qui sont si précieux,
Les copains de GAP qui nous font rester étudiant carabin inlassablement.

A mes amis,
Merci d'excuser ma pudeur, et d'être là pour me soutenir, me faire rire et m'évader.

A ma famille,
Mes mamies et mes papis, merci de la fierté que vous portez à votre petite Chloé.
Ma sœur et mon frère, qui m'ont montré le chemin pour grandir et m'épanouir. Je suis fier de vous et si heureuse de vous savoir près de moi à chaque instant.
Mes parents, qui me protègent, me supportent et m'aiment sans limite. Merci de m'avoir porté jusque là et de continuer à me soutenir dans toutes mes aventures.
Mon Amour et nos enfants, pour tout le bonheur et la force qu'ils me procurent. « *Je vous aime chaque jour. Et pour toujours.* »

A tous ceux, professionnels et patients, qui ont croisé mon chemin durant ces neuf belles années, et qui ont participé à construire le médecin présent devant vous aujourd'hui.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE :

Madame Chloé GOUTTEFANGEAS

SOUS LA DIRECTION DE :

Madame le Dr Sandra LIEBART, Directrice de Thèse

Madame le Dr Elisabeth RIVOLLIER, Co-Directrice de Thèse

COMPOSITION DU JURY :

Président :

M. le Pr Jean-Louis STEPHAN

Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne

Assesseurs :

M. le Pr Bruno POZZETTO

Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne

Mme le Pr Josette VALLEE

Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne

Mme le Dr Elisabeth RIVOLLIER

Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH CE
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Dr Fabien FOREST	MCUPH 2C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	PU-PH CE
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH CE
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Pr Thomas BOURLET	PU-PH 2C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATTARD	MCU-PH HC
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Sylvie PILLET	MCU-PH 1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Dr Paul VERHOEVEN	MCUPH 2C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH 1C
Biochimie et biologie moléculaire	M. le Pr Philippe GONZALO	PUPH 2C
Biochimie et biologie moléculaire	Mme Nadia BOUTAHAR	MCUPH 1C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Hélène PROUST	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Pr Claire BILLOTEY	PU-PH 2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH HC
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH HC
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	prof émérite
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	Mme le Pr Béatrice TROMBERT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Nicolas MAGNE	PU-PH 2C
Cancérologie	M ; le Dr Pierre FOURNEL	Pr associé
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH CE
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 1C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	PU-PH 2C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 1C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH CE
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PU-PH 1C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Rémi PHILIPPOT	PUPH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH CE
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean Noël ALBERTINI	PU-PH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean François FUZELLIER	PU-PH 2C
Dermato - vénéréologie	M. le Pr. Frédéric CAMBAZARD	PU-PH CE
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	prof émérite
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	Mme. le Pr. Natacha GERMAIN	PU-PH 2C
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH 1C
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	PU-PH CE
Gériatrie	Mme le Dr Emilie ACHOUR	MCUPH 2C
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Pr Céline CHAULEUR	PUPH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Dr Emmanuelle TAVERNIER	MCUPH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 1C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	<i>M. le Pr Xavier ROBLIN</i>	<i>Pr Associé</i>
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH CE
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 1C
Histologie – Embryologie – Cytogénétique	M. le Dr Jean Philippe KLEIN	MCUPH 2C
Histologie – Embryologie – Cytogénétique	M. le Dr Marc DURAND	Pr associé
Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 1C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	PU-PH 2C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH CE
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	Mme le Dr Elisabeth BOTELHO NEVERS	MCU-PH 1C
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 1C
Médecine générale	M le Dr Paul FRAPPE	MCUMG
Médecine générale	M. le Pr Christophe BOIS	PAMG
Médecine générale	Mme le Pr Josette VALLEE	PUMG

Médecine générale	M. le Dr Rodolphe CHARLES	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Xavier GOCKO	MCUMG
Médecine générale	M. le Dr Jean Noel BALLY	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Hervé BONNEFOND	MCAMG
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 1C
Médecine Légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH CE
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC
Médecine vasculaire	Mme le Pr Claire LE HELLO	PUPH 2C
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH CE
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 1C
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH CE
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	PU-PH CE
Neurologie	M. le Pr JP CAMDESSANCHE	PUPH 2C
Nutrition	M. Le Pr Bogdan GALUSCA	PUPH 2C
Ophthalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 1C
Ophthalmologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 2C
ORL	M. le Dr Alexandre KARKAS	MCUPH 2C
Parasitologie et mycologie	M. le Pr Pierre FLORI	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Pr. Jean Louis STEPHAN	PU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. Hugues PATURAL	PU-PH 2C
Pharmacologie fondamentale	M. le Dr Xavier DELAVENNE	MCUPH 1C
Pharmacologie clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PHCE1
Pharmacologie clinique	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr André GEYSSANT	Prof émérite
Physiologie	M. le Pr. Jean Claude BARTHELEMY	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr Frédéric ROCHE	PU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr Léonard FEASSON	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr Pascal EDOUARD	MCUPH 1C
Pneumologie	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH CE
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Eric FAKRA	PUPH 2C
Psychiatrie d'adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 1C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	PU-PH CE
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH CE
Radiologie et imagerie médicale	M le Pr Pierre CROISILLE	PUPH 2C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH1C
Réanimation	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH CE
Réanimation	M. le Pr Michael DARMON	PUPH 2C
Réanimation	M. le Dr Alain VIALON	Pr associé
Rhumatologie	M. le Pr Thierry THOMAS	PU PH1C
Rhumatologie	M. le Pr Hubert MAROTTE	PUPH 2C
Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale	M. le Pr. Pierre SEGUIN	prof émérite
Thérapeutique	M. le Pr. Hervé DECOUSUS	PU-PH CE
Thérapeutique	M. le Pr Bernard TARDY	PU-PH 1C
Thérapeutique	M. le Pr Laurent BERTOLETTI	PUPH 2C
Urologie	M. le Pr Nicolas MOTTET	PUPH 1C

Légende :

PU-PH :	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
MCU-PH :	Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
1C	1ère classe
2C	2ème classe
CE	Classe exceptionnelle
HC	Hors classe
MCAMG	Maître de conférences associé de Médecine générale
PAMG	Professeur associé de médecine générale

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
RESUMES.....	2
INTRODUCTION.....	4
MATERIELS ET METHODES.....	6
RESULTATS.....	8
DISCUSSION.....	19
CONCLUSION.....	24
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	25
ANNEXES.....	27

LISTE DES ABREVIATIONS

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

SFSP : Société Française de Santé Publique

IDR : Intradermoréaction

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PMI : Protection Maternelle et Infantile

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

DICS : Déficit immunitaire combiné sévère

HCSP : Haut conseil de Santé Publique

RESUMES

Résumé

Introduction. La France est un pays à faible incidence de tuberculose. La vaccination par le BCG est basée sur une recommandation forte de vaccination des enfants à risque depuis juillet 2007. Les études montrent une couverture vaccinale insuffisante et des difficultés dans le ciblage de la population depuis la levée de l'obligation vaccinale. L'objectif de notre étude est d'évaluer les modalités de décision des professionnels de santé en pratique quotidienne face à un enfant éligible au BCG en recommandation individuelle

Matériels et méthodes. Une étude qualitative par focus groups auprès des médecins et sages-femmes du département de la Loire a été menée entre octobre 2015 et décembre 2016. Cinq focus groups de 4 à 6 participants ont été constitués selon la méthode de l'échantillonnage raisonné dans cinq territoires définis par les enquêteurs. L'analyse a été faite en double aveugle selon les principes propres à l'étude qualitative.

Résultats. Les professionnels de santé sont en difficulté pour cibler la population éligible à la vaccination BCG et définir l'âge optimal de vaccination. La réalisation du vaccin pose des problèmes techniques de réalisation et d'organisation, accentués par les changements récents de produits et par la mauvaise disponibilité du vaccin. Les professionnels ont des doutes sur les politiques vaccinales menées et sont focalisés sur les autres vaccins obligatoires et recommandés. En dehors des médecins de PMI, ils sont peu investis dans la vaccination BCG. Les parents issus de l'immigration adhèrent facilement à la vaccination par le BCG d'après les professionnels, alors que les parents dans leur ensemble expriment une réticence croissante vis à vis des vaccins. Les professionnels ont besoin d'information et de soutien pour promouvoir la vaccination.

Conclusion. La vaccination par le BCG est sur de nombreux points confuse pour les professionnels. La définition de la population à risque, l'intégration du vaccin dans le calendrier vaccinal, les changements de pratiques, l'information vaccinale et le parcours de soins sont autant d'éléments à préciser pour aider les professionnels dans leur décision de vaccination contre la tuberculose.

Mots clés : médecine générale ; tuberculose ; vaccination ; vaccin BCG.

Abstract

Contexte. France is a country with a low tuberculosis incidence. The BCG vaccination has been based on a strong vaccine recommendation for children at risk since July 2007. Studies have shown an insufficient immunization coverage and difficulties in targeting population since the ending of the BCG mandatory vaccination. The aim of the study is to assess the decision-making of professionals regarding the eligible child for BCG vaccine in individual recommendation.

Methods. A qualitative focus group study among doctors and midwives in the department of the Loire was conducted between October 2015 and December 2016. Five focus groups of four or six participants were constituted based on simple random sampling in five territories defined by investigators. Double-blind analysis was done according to the principles of qualitative study.

Results. Health professionals have difficulties in identifying the child as belonging to the target and to define the optimal age of vaccination. The realization of the vaccine raises technical problems of realization and organization, accentuated by the recent changes of products and availability of the vaccine. Professionals have doubts about vaccine policies and are focused on other mandatory and recommended vaccines. Apart from the doctors of PMI, they are little invested in BCG vaccination. Immigrant parents are easily adherent to BCG vaccination according to professionals, while parents as a whole are increasingly reluctant about vaccines. Professionals need information and support to promote vaccination.

Conclusions. BCG vaccination remains confused on many points for professionals. The definition of the population at risk, the integration of the vaccine into the vaccination schedule, changes in practices, vaccination information and care paths are all elements that need to be clarified to help professionals in their decision to vaccinate against tuberculosis.

Keywords: general medicine; tuberculosis; vaccination; BCG vaccine.

INTRODUCTION

La France est un pays à faible incidence de tuberculose, marqué par des disparités territoriales et populationnelles.(1) Un débat sur la prévention vaccinale antituberculeuse a été mené par les autorités publiques. En tenant compte des études épidémiologiques en France, de l'expérience des politiques vaccinales des pays européens et de la balance bénéfices-risques du vaccin BCG SSI®, la SFSP recommandait le ciblage de la vaccination pour les enfants à risque dans son audition publique de 2006.(2)

La vaccination par le BCG n'est plus obligatoire depuis la parution de la circulaire N° DGS/RI1/2007/318 du 14 août 2007.(3) Dès lors, le vaccin est recommandé, à la naissance et jusqu'à l'âge de 15 ans, pour les enfants à risque élevé de tuberculose appartenant aux groupes suivants:

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- enfant devant séjourner au moins un mois d'affilé dans l'un de ces pays ;
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose ;
- enfant résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables ou socio-économiques défavorables ou précaires ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

La vaccination est recommandée le plus précocement au cours des trois premiers mois de vie, sans réaliser préalablement d'IDR à la tuberculine. La présence d'un déficit congénital chez l'enfant ou d'une infection par le VIH chez sa mère contre indique la réalisation du vaccin.

La disparition de la forme multipuncture du vaccin et le changement de politique vaccinale ont modifié les pratiques quotidiennes et demandé un temps d'adaptation pour les professionnels. Une enquête réalisée sur les enfants à risque de tuberculose suivis dans les centres de PMI montre une couverture vaccinale insuffisante notamment en dehors de l'Île-de-France.(4) Cette tendance était retrouvée dans une deuxième enquête réalisée en 2009 auprès des médecins généralistes libéraux appartenant au réseau Sentinelles, avec seulement 44% des enfants éligibles vaccinés par le BCG. Les déterminants du statut vaccinal des enfants, identifiés à partir des pratiques de médecins généralistes, sont l'âge des enfants, la perception du risque infectieux et du risque vaccinal, la connaissance des recommandations et

l'existence au sein d'un même pays de deux types de recommandations, collectives (en Île-de-France) et individuelles (en dehors de l'Île-de-France). En dehors de l'île de France, le ciblage de la vaccination apparaît comme une source de difficultés en pratique pour les médecins.(5,6)

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les modalités de décision des professionnels de santé en pratique quotidienne face à un enfant éligible au BCG dans le département de la Loire. L'objectif secondaire est de rechercher s'il existe des mesures pratiques pour optimiser la vaccination des enfants issus de populations à risque.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude et Population

Nous avons réalisé une étude qualitative reposant sur des entretiens collectifs ou focus groups.

La population de l'étude est constituée de professionnels de santé du département de la Loire (sages-femmes ou médecins) ayant une activité libérale ou salariée, amenés à prendre en charge des enfants éligibles à la vaccination. Nous avons choisi d'étendre la population à plusieurs spécialités et professions médicales afin d'explorer dans la globalité les difficultés de chaque acteur et les liens entre tous les intervenants de la vaccination BCG.

Echantillonnage

Nous avons défini cinq territoires à partir des zones de rayonnement des établissements hospitaliers publics référents des cinq plus grandes villes du département de la Loire : Saint-Etienne, Roanne, Saint-Chamond, Firminy et Montbrison. L'objectif étant d'explorer les pratiques au sein de zones d'exercices diversifiées (rurales et urbanisées) et d'appréhender la mise en réseau des professionnels au sein de chaque territoire. Ces cinq territoires définis couvraient les cinq zones départementales des services de la PMI de la Loire (Saint-Etienne, Roanne, Vallée du Gier, Forez, Ondaine).

Les inclusions ont été réalisées selon le principe de l'échantillonnage raisonné de volontaires après une information claire et accessible au plus grand nombre au sein des cinq territoires. Chaque groupe était constitué au minimum de 3 personnes et au maximum de 6 personnes pour être validé. Les professionnels ont été recrutés de façon à former un ensemble aussi hétérogène que possible concernant leur mode d'exercice au sein de chaque groupe.

Les médecins pédiatres et internes ont été informés après contact avec le chef de service de pédiatrie et de maternité du centre hospitalier référent sur le territoire. Les médecins de PMI ont été informés après contact des médecins coordonnateurs de PMI appartenant au territoire défini. Les sages-femmes ont été recrutées après contact avec le cadre des sages-femmes au sein de chaque maternité de l'hôpital référent. Les médecins généralistes, établis dans la zone d'exercice rayonnant autour du centre hospitalier référent, ont été informés directement de manière individuelle.

Le premier contact a été établi par mail ou téléphone. Chaque personne contactée a été informée sur l'objet de la recherche grâce à une fiche d'information qui lui a été remise (Annexe 1). Après que les professionnels aient exprimé leur volonté de participation, une date et une heure pour réaliser l'entretien ont été définies pour satisfaire tous les volontaires d'un territoire.

La constitution des entretiens collectifs était achevée lorsque le maximum de cinq focus groups, définis au préalable selon les cinq territoires, avait été réalisé.

Recueil des données et analyse

Les entretiens collectifs ont été effectués par deux enquêteurs: un animateur (interne doctorante) et un observateur (co-directrice de thèse).

Au début de chaque séance, les participants ont finalisé leur inclusion dans l'étude en signant un consentement écrit. En cas d'accord, les participants ont répondu à un questionnaire permettant de préciser les caractéristiques de l'échantillon (Annexe 2).

Pour chaque groupe, le principe du focus group était expliqué et le respect de l'anonymat et de toutes les opinions était signifié. Une déclaration simplifiée auprès de la commission Nationale de l'informatique et des Libertés a été effectuée et acceptée en juillet 2015.

Quatre questions, constituant le canevas d'entretien et définies au préalable par les chercheurs, ont été posées (Annexe 3). Les entretiens ont été recueillis sur dictaphone, puis retranscrits sous forme de *verbatim* par l'interne doctorante sur le logiciel de traitement texte WORD.

L'analyse des cinq entretiens a été effectuée indépendamment par l'interne doctorante et sa co-directrice de thèse. Chacune des deux chercheuses a établi indépendamment une grille d'analyse à partir des thèmes identifiés à la lecture des entretiens. Elles ont sélectionné ces thèmes et les ont regroupés en thèmes principaux. Les grilles structurées, en thèmes et sous-thèmes contenant les *verbatim* s'y rapportant, ont ensuite été comparées, discutées et réorganisées par les deux chercheuses.

RESULTATS

Nous avons réalisés cinq focus groups dans les cinq territoires définis du département de la Loire entre le 1^{er} octobre 2015 et le 7 décembre 2016.

Chaque focus groups a été réalisé dans une salle mise à disposition par l'hôpital public référent au sein de chaque territoire (le Centre Hospitalier de Roanne, le Centre Hospitalier du Forez - Site de Montbrison, le Centre Hospitalier du pays du Gier, et l'Hôpital du Corbusier) et dans une salle mise à disposition par l'université de médecine Jacques Lisfranc de Saint-Etienne pour le territoire de Saint-Etienne.

Chaque entretien était composé de quatre à six personnes pour un total de 23 participants. Le détail de la composition de chaque focus group est résumé dans le Tableau 1.

La durée des entretiens est allée de 28 minutes et 20 secondes à 38 minutes et 15 secondes.

Tableau 1 : Constitution des focus groups

	Pédiatres	Médecins PMI	Médecins généralistes	Internes	Sages- femmes	TOTAL
Saint-Etienne	2 (F,H)	1 (F)	1 (H)	0	0	4
Roanne	2 (F,H)	1 (F)	0	2 (F)	1 (F)	6
Saint-Chamond	1 (F)	1 (F)	1 (F)	1 (H)	0	4
Firminy	2 (F,H)	0	0	2 (H)	1 (F)	5
Montbrison	1 (F)	1 (F)	1(H)	1 (F)	0	4
TOTAL	8	4	3	6	2	

(H : homme, F : femme)

Parmi les 8 pédiatres, 3 avaient uniquement une activité hospitalière en service de pédiatrie. Les 5 autres pédiatres avaient une activité en maternité. Parmi eux, 4 pédiatres exerçaient en parallèle en libéral et 1 dans un service de pédiatrie à l'hôpital.

Suite à un problème d'enregistrement, le focus groups de Montbrison n'a pu être retranscrit en totalité. Seul les trois dernières questions du canevas ont été analysées pour cet entretien.

Le BCG : un vaccin malaisé

- le ciblage et la recherche des contre-indications sont difficiles :

Les médecins généralistes ont des difficultés à discerner l'éligibilité d'un enfant au BCG. E1 : « *On va dire que déjà cibler la population à risque c'est un exercice extrêmement difficile* ». Les praticiens de maternité et médecins pédiatres expriment eux aussi n'être « *pas très à l'aise avec ces indications* » E3.

Ils évoquent la difficulté du recueil d'information par l'interrogatoire. E5 : « *Peut-être qu'on en repère pas suffisamment parce que ça reste à l'interrogatoire et c'est pas toujours très fiable ou c'est pas toujours très simple d'avoir les bonnes informations* ». Certains expliquent qu'il est difficile de prévoir quels enfants vont passer un séjour d'un mois dans une zone à risque. E1 : « *c'est difficile de prévoir qui va passer un mois dans les pays de l'Est, en Guyane ou à Paris* ».

Ils trouvent que la définition de la population à risque n'est pas assez précise – E5 : « *Parce que finalement les indications initiales ça fait un grand nombre d'enfants à vacciner (..) Si juste voyage en zone d'endémie ça va finalement assez loin. Et qu'on ait voilà quelque chose d'assez précis* », et qu'elle est « *mal faite* » E1.

La stigmatisation des parents du fait de leur origine est évoquée mais pas partagée par tous les participants. E1 : « *On a l'impression de les cataloguer* », E2 : « *Comme l'origine géographique. Je dirais moi et mes collègues on a jamais eu de réaction négative* ». Les sages-femmes notent que l'origine géographique est fortement intégrée lors des entretiens dès le début de la grossesse car il s'agit d'un renseignement utile pour plusieurs maladies pour lesquelles une prévention existe. Demander aux patients leur origine géographique n'est pas gênant dès lors que les patients savent très bien que cette question est posée pour une raison de surveillance. E2 : « *l'origine géographique des parents est forcément intégrée. Donc finalement ils prennent l'habitude qu'on leur demande. Et puis comme on leur demande simplement ils savent que c'est pour une raison médicale, que c'est une raison de surveillance. Ben il y a aucun souci* ».

Les praticiens de maternité rencontrent des difficultés spécifiques à leur pratique en lien avec la disponibilité des parents, et la durée courte du séjour. E5 : « *Le séjour est court, trois quatre jours* », E1 : « *Et on ne vaccine pas comme ça entre deux portes. C'est ce qu'il se passe en maternité. Et il y a souvent pas le père* ».

Excepté les médecins de PMI – E2 : « *Sur le repérage, je pense qu'on est assez clair* », les participants ont le sentiment de ne pas être en capacité de repérer correctement l'éligibilité.

La recherche des contre-indications pose aussi des problèmes aux professionnels. E3 : « *Donc c'est vrai que rechercher des contre-indications c'est pas simple. Moi je peux témoigner qu'en dix ans de BCG, ça m'a souvent posé des questions de fond et puis après comme tout médecin on prend ses décisions, on fait ou on fait pas* ».

La maternité n'est pas adaptée pour repérer les contre-indications. E5 : « *Après le repérage pareil à la maternité chez des nouveau-nés qui vont bien... Voilà ce n'est pas forcément facile de repérer les contre-indications à ce moment là* ».

On retrouve là aussi une difficulté à recueillir les informations par le manque de fiabilité de l'interrogatoire. E3 : « *J'essaye d'avoir un document ce que je n'ai pas toujours, et donc je fais des fois sans document, sur la preuve... Enfin sur ce que les parents racontent, disent. Ça c'est toujours un peu...* ». La barrière de la langue est un obstacle parfois rencontré. E2 : « *La séropositivité de la maman. (..) Il faut poser la question. C'est pas toujours facile sur la maîtrise de langue française* ». Il s'agit d'une question « difficile à poser » E2 pour certains car les parents ne connaissent pas le terme de déficit immunitaire congénital.

- un vaccin compliqué à faire :

Les professionnels pointent les difficultés techniques inhérentes au vaccin BCG SSI®. L'injection intradermique est une technique difficile et les erreurs d'administration possibles. E3 : « *La technique de l'IDR, il faut la maîtriser, et les effets secondaires ils sont liés à la technique en grande partie. Si on se trompe de dose, c'est compliqué. Si on injecte un petit peu trop profond. Donc on a vu quand même petit à petit plein de médecins généralistes qui ont arrêté de faire le BCG* ».

Pour réaliser le vaccin, cela nécessite d'être plusieurs professionnels pour contenir l'enfant. E2 : « *En libéral, je pense qu'il est pas simple à faire seul au cabinet* ».

Le conditionnement du vaccin et son manque de stabilité entraînent des gaspillages. E4 : « *elle le fait pour que ce vaccin garde cette stabilité, qu'il soit fait dans l'heure pour éviter de gaspiller du vaccin* », E2 : « *En libéral, il y en a peut-être un par semaine qui se fait vacciner. Du coup on est obligé de jeter le flacon. Il y a neuf doses qui sont à la poubelle* ».

La nécessité d'une IDR pour les enfants de plus de trois mois pose des soucis d'organisation au sein des centres de vaccination. E2 : « *Et puis la nécessité de faire le test avant aussi. Le test puis contrôle trois jours après... ça a des impératifs de disponibilité de lecture* ».

La disponibilité du vaccin est un obstacle relevé par tous les participants. Les ruptures de stocks ont induit une grande confusion chez les professionnels et une perte de leur crédibilité auprès des familles. E2 : « *Nous en libéral les seuls soucis qu'on a eu c'est l'approvisionnement des vaccins* », « *Après la difficulté d'approvisionnement des vaccins c'est vrai que c'est pas simple, parce qu'on a du mal à être cohérent avec les parents* ».

- quand réaliser le vaccin ? :

Il émerge de chaque groupe une question qui est : à quel moment proposer le vaccin et à quel moment le réaliser ? E1 : « *C'est toujours le problème. Est-ce que c'est trois mois, six mois ? Est-ce qu'il faut attendre neuf mois, dix-huit mois ? C'est compliqué...* ».

Les médecins expliquent prendre un risque lors de la réalisation du vaccin en période néonatale, du fait de la plus grande probabilité de survenue d'effets indésirables graves dans les premiers mois de vie de l'enfant. E2 : « *Notre difficulté nous, elle est là. Effectivement de différer, de savoir si on fait la vaccination tout de suite* », E3 : « *Et les difficultés, c'est qu'en effet... Toujours un peu l'appréhension de passer à côté de contre-indication parce qu'on ne sait pas encore, parce que le bébé est jeune* ».

Le calendrier vaccinal lors de la première année de vie est chargé. E1 : « *Et en plus, on a quand même un autre souci. C'est qu'on a quand même déjà beaucoup de vaccins à faire. (...) Donc entre six mois et un an, on a une petite accalmie dans la vaccination* ».

- l'évolution des pratiques est pénible à intégrer :

La vaccination BCG a connu plusieurs évolutions et demandé aux professionnels beaucoup de changement dans leurs pratiques. Ils ont du s'adapter suite à l'arrêt du Monovax®. E3 : « *Le passage du Monovax® qui était très facile à faire en libéral. (..) Et on a du passer à l>IDR* ».

La disponibilité du vaccin est une nouvelle difficulté pour la vaccination BCG. Face à cette pénurie, les professionnels ont notamment été contraints de s'organiser avec les centres de vaccination. E4 : « *il y en a quelques uns que je n'ai pas pensé à les envoyer à la PMI. Et*

puis bon là j'avais un peu renoncé parce qu'ils y en a tellement qui sont revenus me voir en me disant : "Mais docteur on trouve pas le vaccin, on trouve pas le vaccin" ».

Récemment, le nouveau vaccin polonais a été mal accueilli par les professionnels de PMI. Ils ont peu confiance dans ce nouveau vaccin. Ils ont du revoir leur organisation pour s'adapter à ce nouveau produit plus labile. E3 : « *Je ne veux pas utiliser un vaccin dont on me parachute et dont on ne me dit rien de plus dessus* », « *On est plutôt en train de la dégrader cette pratique avec l'arrêt du BCG SSI®, sous lequel ma foi on s'était bien habitué, on avait confiance, on avait nos vaccins* », E4 : « *Après c'est en terme d'organisation. Il a fallu qu'on repense vraiment comment vacciner* ».

Manque d'investissement sauf en PMI

Les professionnels de la maternité jugent qu'ils ne sont pas investis dans la vaccination et que ça ne fait pas partie des questions qu'ils se posent. E2 : « *Mais c'est vrai qu'on n'est pas du tout impliqué dans la vaccination* ». Certains praticiens de la maternité, sages-femmes et médecins pédiatres, ne recherchent pas l'éligibilité. L'un d'eux pense qu'aucune maternité en France ne pratique la vaccination précoce par le BCG. E5 : « *D'ailleurs je ne connais aucune maternité en France qui pratique une vaccination par le BCG précoce. On préfère attendre. On préfère déléguer cette tâche un peu plus loin* ».

Ils ont le sentiment de sous-estimer les situations à risque de tuberculose - E4 : « *Mais je pense qu'on sous évalue les situations à risque à la maternité* », alors qu'ils considèrent qu'« *il y a tout un tas d'enfants éligibles* » E5 au sein des maternité. E1 : « *Et c'est pourtant la situation dans laquelle on aurait le plus de BCG entre guillemets à faire* ».

En dehors de ces trois points, certains professionnels de maternité et des généralistes disent ne pas rechercher les contre-indications puisqu'ils ne réalisent pas le geste vaccinal concernant le BCG. E3 : « *Je vais pas les chercher les contre-indications* ». D'autres avouent ne pas connaître les contre-indications. E4 : « *Les situations de contre-indication, ça je ne sais pas faire* », « *J'avoue très honnêtement que je ne les connais pas* ».

Certains pédiatres hospitaliers et médecins généralistes expliquent ne jamais avoir eu de situation de contre-indication au BCG. Ils pensent que ces situations sont rencontrées uniquement dans les centres hospitalo-universitaires. E4 : « *Je pense qu'elles sont purement hospitalières CHU. Parce que je n'ai jamais été confronté à une contre-indication de BCG*».

De manière générale, les participants estiment que de nombreux enfants échappent à la vaccination par le BCG. E3 : « *je pense qu'avec le temps on vaccine de moins en moins, je pense que les indications sont plus faites* ». Paradoxalement, ils ont l'impression qu'il y a une augmentation du risque de tuberculose. E2 : « *Parce que malgré tout, il y a une extension des risques* ». De tous ces constats, il en ressort un sentiment de culpabilité chez les médecins. E2 : « *Je ne m'implique pas dans la... Et je pense que ce n'est pas une bonne chose* », E4 : « *On est peut être pas assez vigilant là-dessus d'ailleurs* ».

Les médecins de PMI se distinguent des autres professionnels. Ils n'ont pas de difficulté pour repérer les enfants considérant que tous ceux qu'ils côtoient sont à risque. E4 : « *Donc la difficulté à cibler la population, j'ai pas de difficulté puisque j'ai pratiquement dans les consultations toute la population qui est concernée par la vaccination BCG* ».

La promotion de la vaccination est une mission des médecins de PMI, et l'éligibilité au BCG est recherchée systématiquement. E2 : « *La PMI c'est assez facile. On est quand même systématique sur les recommandations vaccinales courantes déjà voilà, hormis BCG. Et pour le BCG on est assez systématique à l'origine géographique, s'il y a un voyage* ».

Les médecins de PMI sont considérés comme les piliers de la vaccination BCG. E5 : « *Parce que eux justement je pense qu'ils sont informés ils sont centre de vaccination* ». Les autres praticiens vont jusqu'à dire que la vaccination par le BCG est une mission qui est réservée aux médecins de PMI. E2 : « *La vaccination est dévolue à la PMI* ».

Les professionnels délèguent aux médecins de PMI la réalisation du vaccin mais aussi tout ce qui entoure cet acte : le ciblage des enfants, le souci des contre-indications, l'information des parents, et la prise en charge des effets indésirables. E3 : « *quand on estime qu'il y a une indication à vacciner par le BCG, on explique que ça ne se fait pas en consultation et que ça se fait en centre de vaccination. A partir de ce moment là, on délègue (rire)* ».

La centralisation de la vaccination au sein de la PMI a éloigné les autres praticiens du vaccin. E2 : « *C'est vrai que je ne m'en occupe pas. Parce qu'on ne vaccine pas nous* ». Ils ne se sentent plus avertis sur cette vaccination. E4 : « *C'est parce qu'on n'y est plus sensibilisé* ».

Doutes et priorités en matière de politique vaccinale

Pour justifier la distance prise avec la vaccination BCG, les praticiens expliquent qu'ils ont d'autres priorités en terme de vaccination.

Ils concentrent leurs efforts pour convaincre les parents en ce qui concerne les vaccins non obligatoires et recommandés. E1 : *« Mais c'est vrai que le BCG n'est pas quelque chose de... Une priorité dirons nous de... De rattrapage... De proposition. C'est vrai qu'on se bat de plus en plus pour les vaccins recommandés, les "DCP" »*, E4 : *« je suis hyper focalisée... Parce que avec la population générale et les autres je suis obligée de me battre pour mon "hexa", mon Prevenar®, pour que tout soit bien fait (..) Et peut être que du coup le BCG je le fais passer à la trappe »*.

Les sages-femmes sont axées sur d'autres préoccupations de prévention et sont limitées pour informer les patientes par la durée du séjour en maternité. E5 : *« on fait la consultation au troisième ou quatrième jour, on fait l'examen clinique les ordonnances etc... On parle de contraception, de comment ça va se passer à la maison, la fratrie, l'environnement... Franchement les vaccins, non »*. L'une d'elles évoque l'entretien du quatrième mois de grossesse pour repérer les situations d'éligibilité. Mais elle se heurte à des difficultés financières pour mettre en place ces consultations. E5 : *« Je pensais pour savoir si les nouveau-nés sont éligibles, il y a vraiment un entretien qui est important. (..) c'est l'entretien du quatrième mois.(..) on a de plus en plus de mal à le faire pour des raisons budgétaires, hors ça pourrait être... C'est intéressant »*.

L'éloignement des professionnels vis à vis du BCG s'associe à une remise en question de la politique vaccinale. Ils émettent des doutes et se posent beaucoup de questions sur cette vaccination.

Ils s'interrogent sur l'abandon du vaccin Monovax®. E1 : *« Si on considère que le Monovax® c'était pas suffisamment efficace alors il faut le prouver aussi. Est-ce qu'il y a eu quand même une recrudescence beaucoup de méningites tuberculeuses entre les débuts de la vaccination par le Monovax® (..) Et la fin de la vaccination par le Monovax® et la fin de l'obligation de vaccination ? Est-ce qu'on a eu beaucoup de cas de méningites tuberculeuses avec un vaccin qui soit disant n'était pas très efficace ? »*.

Ils se demandent comment s'organise la vaccination dans les régions où tous les enfants sont éligibles aux vaccins du fait de leur lieu de vie. E1 : *« Moi j'aimerais bien savoir comment on fait à Paris. (..) Tous les nouveaux-nés nés à Paris, ça représente pratiquement 40% des nouveau-nés français dans l'Ile de France, sont vaccinés par le BCG. Donc comment on résout le problème ? »*, E5 : *« Mayotte étant la plus grosse maternité de France, et les bébés nés à Mayotte étant considérés comme éligibles... (..) Et comment ils font ? Puisqu'il n'y a plus de vaccin disponible »*.

Ils remettent en question l'intérêt de cette vaccination et la fiabilité du nouveau produit mis récemment sur le marché. E3 : « *Mais voilà, aujourd'hui j'ai un petit peu quand même des doutes sur est-ce qu'il ne faut pas que cette vaccination on l'abandonne ? (..) On a maintenant un vaccin dont on nous a quand même sorti du jour au lendemain un vaccin polonais avec plein de points d'interrogations* ».

Les Parents et le BCG

Selon les participants, les parents sont « *réticents aux vaccins* » E1 en général. Les praticiens expriment des difficultés face à ce « *climat anti-vaccinal* » E3.

Les parents seraient attentifs au caractère obligatoire ou non du vaccin qu'on leur propose. E1 : « *Ce caractère non obligatoire des vaccins entretient l'idée qu'effectivement c'est pas... Que c'est moins important. Et les gens font un peu une petite différence entre obligatoire et pas obligatoire, ça c'est vrai* ». Il existe selon les praticiens une méfiance des parents vis à vis des firmes pharmaceutiques et des politiques de santé publique. E2 : « *Si on montre un papier qui sort d'un labo (..) on a aucun crédit et c'est vrai que... ça les patientes elles tiquent dessus* ».

Les participants s'accordent à dire que les parents semblent sensibles aux informations données par les médecins. E1 : « *Je pense que les gens aiment bien la parole du médecin, plutôt que la parole du politique* ». Ils considèrent que la relation médecin-patient a un rôle important dans la vaccination pour repérer les enfants et convaincre les parents. E1 : « *Quand c'est nous qui les suivons c'est plus facile* ».

Pour eux la vaccination doit s'intégrer dans un dialogue avec les parents. E1 : « *je dois avouer que parfois la discussion avec les parents est plutôt intéressante. (..) Si on a le temps de le faire et avec des choses très précises et assez cadrées, c'est plutôt efficace* ». Les parents seraient demandeurs d'information auprès du corps médical. E5 : « *Moi ça m'arrive dans parler des vaccins. Il y a des parents demandeurs* ».

Les médecins insistent sur la nécessité d'avoir du temps pour informer et échanger avec les parents. Les pédiatres à la maternité évoquent une réticence « *à faire des BCG à la va vite à des nouveau-nés* » E1.

Les médecins libéraux insistent sur le fait de ne pas se précipiter pour faire le vaccin, de laisser les parents réfléchir et de vérifier qu'ils soient bien d'accord. Il s'agit d'un compromis « *je ne veux pas attendre et je ne veux pas faire trop vite* » E1.

D'autres suggèrent d'augmenter le tarif de la consultation pour avoir un temps supplémentaire. E1 : « *Ils en ont pour leur argent quoi. On peut pas passer des heures (...) Ça mérite qu'on y passe un temps, voilà. Comme beaucoup de chose en médecine* ».

Un pédiatre, en s'appuyant sur les recommandations de l'AFPA, propose une consultation précoce dans la deuxième semaine de vie pour « *faire le point sur l'entourage familiale, à la fois socio-économique et médical pour bien préciser les choses. Et (...) élire justement peut-être une situation à risque* » E5.

Tous les participants approuvent le fait que le BCG est un vaccin à part qui emporte facilement l'adhésion des parents. E5 : « *Je le mettrais un peu différent des autres vaccins* », E1 : « *c'est que paradoxalement le BCG est encore bien accepté, plus que les vaccinations dites obligatoires* ». Ils ne signalent pas de difficulté pour convaincre les parents de vacciner leurs enfants. E4 : « *Le BCG c'est quelque chose qui passe comme une lettre à la poste* ».

Plusieurs participants expliquent ce constat par le fait que les familles issues de l'immigration « *ont vécu la tuberculose peut-être dans leur entourage elles sont peut-être plus sensibilisées à la maladie* » E1. Un médecin généraliste explique que ces familles sont initiées à cette vaccination – E4 « *Toute ma population maghrébine que je suis à (Quartier F), ils sont vraiment bien éduqués au vaccin* » et donc que les effets secondaires ne sont pas un obstacle à l'adhésion du vaccin. E4 : « *les effets secondaires sont quand même beaucoup plus faciles je trouve effectivement à faire accepter à nos populations maghrébines. Ils se le représentent. Ils ont la marque du BCG* ».

Certains disent que c'est une « *vaccination assez demandée et recherchée* » E1 par les familles.

Un médecin généraliste rapporte que c'est suite aux demandes des parents qu'il a intégré la vaccination du BCG dans sa pratique. E4 : « *C'est vrai que ça a été apporté par les parents. C'est grâce aux parents que maintenant j'y pense* ».

A la maternité, les médecins ont aussi eu des demandes spontanées de la part des parents lorsqu'il y avait un projet de voyage. E2 : « *c'est des parents qui viennent demander exprès le BCG (...) Donc ce sont vraiment des cas qui sont demandeurs de vaccins* ».

Un besoin d'information et d'organisation

Les participants ont tous exprimé le besoin d'avoir une information commune sur la vaccination BCG afin de les convaincre des bénéfices du vaccin et d'harmoniser les discours des professionnels. E1 : *« Il faudrait qu'on arrive à se renforcer nous même dans notre croyance et notre force pour les vaccinations pour avoir des discours extrêmement homogènes, clairs, d'ailleurs scientifiques, pour expliquer pourquoi on vaccine et sans avoir peur de répondre à des questions. Et ça je crois qu'on manque de formation ».*

Ils se sentent démunis pour persuader les parents - E1 : *« Mais nous, voilà, nous donner les moyens d'être costaud et clair », « Il faut leur donner des arguments béton »* et ne se sentent pas soutenus par les pouvoirs publics. E1 : *« Et peut être l'action des pouvoirs publics, en tout cas sur les vaccins, la réaction des pouvoirs publics pour contrer aussi toutes les ligues anti-vaccins et internet serait peut-être utile pour renforcer le discours et aider les médecins à avoir un discours ».*

Pour s'aider à poser l'indication de vaccination par le BCG, les professionnels insistent sur l'intérêt des supports.

Certains proposent l'utilisation d'un outil informatique. E3 : *« Alors si j'avais un site internet qui m'aide (...) Peut être que ça me stimulerait un petit peu à me poser la question ».* D'autres s'appuient sur un document spécifique standardisé pour éliminer les contre-indications. E3 : *« On a une fiche type qu'on a élaboré pour les gens qui viennent de l'extérieur qu'on ne connaît pas du tout ».*

Un médecin de PMI insiste sur l'importance d'avoir un courrier du professionnel qui adresse l'enfant pour se faire vacciner. Il rappelle notamment l'intérêt du carnet de santé pour faire le lien entre les différents professionnels qui prennent en charge l'enfant. E2 : *« Donc on demande au médecin qui oriente de faire un courrier d'indication en tout les cas. », « Après c'est effectivement quand il y a un suivi biologique de l'enfant par rapport à la séropositivité, quand il y a juste une petite indication sur le carnet de santé c'est quand même rudement pratique ».*

Les professionnels semblent désorientés dans la prise en charge des enfants éligibles à la vaccination BCG. E5 : *« Comment on recentre les choses ? Ou est ce qu'on les envoie ? Comment on s'organise par exemple à la sortie de la maternité ? C'est des questions très*

pratiques en fait... - À quel âge ? Où ? Quand ? Comment ? », « Quand on les voit à la maternité et qu'on dit ben là il y aura un voyage en zone d'endémie, qu'est-ce que je fais ? Je l'envoie directement cet enfant en PMI ? Est ce qu'on le vaccine d'emblée ? Oui ça reste flou ça c'est sur ». Certains soulèvent le problème des médecins isolés pratiquant loin d'un centre de vaccination ou qui ne connaissent pas ces structures. E4 : « On s'appuie sur la PMI. Ce qui doit être compliqué c'est les médecins qui sont très loin à la campagne, loin de leur PMI. Enfin j'imagine que... Ou quand on la connaît pas et que etc ».

Ils souhaitent qu'on leur définisse clairement un circuit pour la vaccination des enfants éligibles. E4 : « Donc pour faciliter les démarches, il faudrait un parcours de soins... Un parcours d'aiguillage de chaque médecin sur le centre le plus proche ».

Il leur semble intéressant de pouvoir renforcer les liens avec la PMI qui joue un rôle central dans cette vaccination. E5 : « La PMI on peut les joindre facilement ça c'est vrai que c'est très bien de pouvoir travailler ensemble ».

Plusieurs participants évoquent un retour à une recommandation générale du vaccin. E2 : « C'est pour ça que je posais la question tout à l'heure (..) De savoir s'il ne faut pas à nouveau étendre le BCG », E3 : « ce qui faciliterait la démarche (..) c'est qu'il soit à nouveau rendu recommandé pour tout le monde, qu'on ait plus à ce poser la question sur les indications ».

DISCUSSION

Limites et forces de l'étude

Notre travail se distingue par la diversité des professions médicales intégrées dans l'analyse des pratiques. Ce mélange des intervenants permet de balayer les difficultés rencontrées pour la vaccination BCG auprès de tous les acteurs concernés et de mettre en lumière les possibles obstacles à leur mise en réseau. Pour atteindre cet objectif, l'étude qualitative par focus groups nous a paru la plus adaptée. Nous avons effectué la totalité des entretiens sur les cinq territoires définis au préalable, ce qui représente un échantillon plus important que les travaux précédents. Le groupe des sages-femmes, bien que peu représenté, nous semblait intéressant à intégrer devant la récente extension de leurs compétences concernant la vaccination.

Comme tous les focus groups, la constitution des groupes présente un biais puisqu'elle se base sur le volontariat. Par ailleurs, bien qu'une information et des visites larges aient été faites, tous les professionnels sollicités n'ont pas été présents et les différentes catégories de professionnels concernées n'ont pas été représentées dans chaque groupe. Malgré ces difficultés organisationnelles tous les groupes ont comporté au moins quatre professionnels. L'analyse en double aveugle a permis de limiter la subjectivité d'interprétation des résultats et de recueillir un maximum de thèmes. Tous les thèmes en commun ont été traités dans les résultats. Seuls quelques uns n'ont pas été retenus car peu pertinents pour le questionnement de l'étude.

Principaux résultats

Dans notre étude, on remarque une désensibilisation des professionnels vis à vis du BCG depuis la levée de l'obligation vaccinale et probablement un mauvais repérage de la part des professionnels comme le suggèrent les participants de nos focus groups.

L'acte de vaccination en général est vécu par les professionnels comme une confrontation avec la nécessité de convaincre les parents parfois réticents à faire vacciner leur enfant. La bonne adhésion du vaccin BCG par certaines familles issues de l'immigration et de niveau socio-économique faible contraste avec cette idée.

L'âge de la vaccination est une question centrale soulevée par les participants qui semble associée à la difficulté qu'ont les professionnels à apprécier la balance bénéfice-risque du vaccin BCG dans les premiers mois de vie.

Comme pour le Monovax®, les participants expriment des difficultés à s'adapter aux changements de produit et de distribution du vaccin BCG imposés récemment. Ils se sentent mal informés et mal accompagnés face à ces changements de pratique.

Les participants à notre travail pensent que le parcours de soins pour la vaccination BCG n'est pas maîtrisé par tous les professionnels et doit être redéfini.

Les participants expriment avoir besoin d'une information commune harmonisée et propose le développement de différents supports numériques ou papier pour se faire. Ils sont convaincus que c'est en renforçant les médecins dans leurs certitudes que l'on peut améliorer la prévention par la vaccination.

Les difficultés dans le ciblage de la population à risque et la réalisation du vaccin BCG

L'étude qualitative réalisée à partir de deux focus groups de médecins généralistes appartenant au réseau Sentinelles, l'un en Île-de-France et l'autre dans le département du Nord, révèlent des difficultés dans le ciblage de la population à risque.(5)

Les médecins généralistes du Nord ne pratiquaient plus le BCG car selon eux leurs patientèles n'étaient pas à risque. Mais les interrogations soulevées dans leurs échanges montrent qu'ils ont des difficultés à identifier l'éligibilité de certaines populations au BCG. Du fait de ce manque de clarté, les professionnels ne se sentent plus concernés par cette vaccination alors qu'ils côtoient probablement des enfants éligibles. Les médecins de la région Île-de-France reconnaissent aussi des imprécisions dans la définition de la population à risque et des difficultés dans le repérage des populations à vacciner bien qu'ils soient en recommandation de vaccination du fait de leur lieu d'exercice.

D'autres freins à la vaccination peuvent être mis en commun avec ce travail comme les difficultés techniques et le conditionnement du vaccin, ainsi que l'absence d'argumentaire scientifique et le manque de communication avec les autorités.

La revue *Prescrire* avait alerté les autorités sanitaires sur le besoin d'améliorer le conditionnement du vaccin pour protéger les nourrissons. Le conditionnement du vaccin BCG SSI® exposait à des erreurs de surdosage qui pouvaient entraîner des effets indésirables importants chez les enfants, motivant parfois la mise sous une antibiothérapie antituberculeuse préventive.(7)

Les parents et le médecin face à la vaccination

Une étude qualitative auprès des parents montre que la décision de vacciner est pour les parents un choix éducatif qui est réfléchi selon leur perception de la balance-bénéfice risque du vaccin pour leur enfant. Les parents possèdent leurs propres réflexions autonomes et sollicitent la confiance qu'ils ont en leur médecin généraliste pour les aider à faire un choix parmi les vaccins.(8) Eric Drahi explique que l'information unilatérale donnée par le médecin, l'argumentation et l'obligation vaccinale ont montré leurs limites en terme de couverture vaccinale. Dès lors, il propose l'utilisation de l'entretien motivationnel, basé sur le partage et impliquant une écoute du patient et de ses représentations, pour aider les professionnels à se placer dans une décision délibérative plutôt qu'une confrontation.(9)

En France la perception du risque de la tuberculose par la population générale, décrite dans l'enquête Nicolle en 2006, place cette maladie au troisième rang des pathologies les plus redoutées. De plus, l'étude montre que la perception des maladies est différente selon les niveaux socio-économiques et que pour les maladies infectieuses, les personnes ayant des revenus moins élevés sont préoccupées en premier par la tuberculose.(10) L'enquête VACSIRS va dans ce sens en montrant que la couverture vaccinale du BCG est proche de cent pour cent dans les milieux défavorisés.(11)

L'âge optimal pour faire le BCG

Dans son étude, Louise Rossignol, a identifié la perception du risque infectieux et du risque vaccinal comme un facteur déterminant de la vaccination BCG auprès des professionnels.(6) Dans son rapport de février 2017, le Haut conseil de Santé Publique précise l'âge optimal de vaccination par le BCG pour les nourrissons et revient sur la pertinence de la pratique d'une IDR préalable.(12) En prenant en compte l'incidence des effets indésirables graves chez les enfants atteints de DICS et l'épidémiologie française de tuberculose maladie en période néonatale, le HCSP recommande que la vaccination BCG des nourrissons à risque soit réalisée à partir de un mois et préférentiellement au cours du deuxième mois. Le vaccin peut être administré de façon concomitante avec les vaccins obligatoires et recommandés du deuxième mois. La vaccination néonatale avant la sortie de maternité est maintenue en Guyane et à Mayotte, et s'il existe une tuberculose récente dans l'entourage du nouveau-né.

Par ailleurs, il propose la mise en place d'un programme de dépistage néonatal des DICS, dont l'intérêt est actuellement évalué par une étude médico-économique française en cours. De plus, en s'appuyant sur les recommandations en Angleterre et en Irlande, le HCSP propose la suppression de la pratique de l'IDR prévacinale chez les enfants de moins de six ans, sauf s'ils ont résidé ou effectué un ou des séjours de plus d'un mois dans un pays de haute incidence de la tuberculose. Cette dernière recommandation soulagerait les professionnels dans leur pratique du vaccin et renforcerait la volonté exprimée de repousser la vaccination au delà de la période à risque néonatale.

De nouvelles inquiétudes depuis l'arrivée du vaccin Polonais

Les difficultés d'adaptation des professionnels aux changements de pratique et leurs doutes vis à vis de la politique vaccinale concernant le BCG se retrouvent dans les échanges entre les médecins généralistes du réseau Sentinelle.(5)

En France, les ruptures massives de vaccins BCG SSI® dans les pharmacies sont présentes depuis novembre 2014. Devant cette pénurie, les institutions ont mis à disposition dans les structures de vaccinations collectives le vaccin BCG BIOMED-LUBLIN® destiné initialement au marché Polonais. En prenant l'exemple d'un centre de santé de Seine-Saint-Denis, une étude récente rapporte les conséquences de ces problèmes de disponibilité répétés des vaccins et pointe le manque de communication institutionnelle envers les professionnels de santé.(13) D'après les observations des praticiens, les outils informatiques d'alerte n'ont pas été utilisés pour prévenir les professionnels de l'existence de rupture de stock. Cette information tardive était dépourvue de prévision à court et moyen terme. De plus, ils expliquent que le vaccin BCG Polonais a ensuite été mis à disposition des professionnels mais que les instructions de manipulation du produit comportaient plusieurs inexactitudes. Cette insuffisance de communication a créé une grande confusion dans l'organisation des soins. Les soignants n'étaient pas en mesure de délivrer une information correcte aux familles et celles-ci se sentaient démunies devant tous les obstacles qu'elles rencontraient pour réaliser le vaccin. En Seine-Saint-Denis comme dans notre travail, les professionnels et familles ont exprimé beaucoup de mécontentement devant cette désorganisation institutionnelle. Une vigilance s'impose face à cette nouvelle situation.

La vaccination en général

Cet épisode de pénurie a soulevé les défaillances de communication entre les institutions sanitaires et les professionnels. La diffusion de l'information initiale puis le retour sur les problèmes de terrain rencontrés doivent être améliorés selon les médecins. En novembre 2016, le comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination a analysé les facteurs en cause de la défiance des professionnels de santé et des citoyens à l'égard des vaccins.(14)

Tout d'abord, il existe une véritable méfiance des familles face aux discours des industriels du médicament et des autorités de santé. Cette hostilité est alimentée d'une part par la confusion devant l'association de vaccins obligatoires et recommandés dans le calendrier vaccinal, et d'autre part par les ruptures d'approvisionnement de certains vaccins. A l'inverse, les citoyens soulignent l'importance de la relation médecin-malade dans la confiance en la vaccination. De leur côté, les professionnels expliquent manquer de formation et ne pas avoir d'argumentaire scientifique pour convaincre les patients.

Il existerait aussi des professionnels hostiles aux vaccins d'après le comité de concertation citoyenne. Une étude transversale réalisée en 2014 sur un échantillon de 1580 médecins généralistes de ville en France montre que plus d'un médecin généraliste sur huit présente une hésitation vaccinale modérée à forte.(15)

Ensuite, le rapport de la concertation citoyenne indique que la complexité du parcours de vaccination engendre une certaine inertie et décourage les familles.

Enfin, professionnels et citoyens, pointent l'insuffisance de réponse des pouvoirs publics face à ce contexte anti-vaccinal.

Dans notre travail, les professionnels de l'étude évoquent la possibilité d'un retour à une recommandation générale du BCG. La concertation citoyenne propose un élargissement temporaire des obligations vaccinales de l'enfant avec possibilité d'invoquer une clause d'exemption. Toutefois, le BCG n'est pas concerné par cette proposition. Par ailleurs, cette recommandation transitoire d'élargissement du caractère obligatoire, pourrait comme l'explique P. Verger générer beaucoup d'incompréhension et à l'inverse, accroître la défiance au sein de la population générale.(15)

CONCLUSION

Notre étude ainsi que les travaux cités amènent à plusieurs perspectives communes. Tout d'abord, une réflexion sur la définition de la population à risque de tuberculose doit être menée et l'intégration de la vaccination BCG dans le calendrier vaccinal doit être précisée. Les recommandations de la HCSP représentent une première avancée sur ce point.

Il semble indispensable de traiter la question de la vaccination du BCG en se focalisant sur les professionnels de santé. L'amélioration de la couverture vaccinale et la lutte contre la défiance anti-vaccin s'obtiendront par une meilleure information et par une uniformisation des pratiques auprès des professionnels. La formation doit permettre de renforcer les compétences des médecins sur la vaccination mais aussi de les aider dans leur communication auprès des parents sur le conseil vaccinal. Le dialogue entre les intervenants de terrain et les autorités de santé doit être optimisé pour rétablir un climat de confiance dans les politiques vaccinales.

La vaccination par le BCG est morcelée, ce qui entraîne des difficultés logistiques et un manque de lien entre tous les acteurs concernés. Notre travail soulève le problème de la mise en réseau de tous ces acteurs de la vaccination et le manque de précision du parcours de soin, responsable aujourd'hui du détachement de certains professionnels vis à vis de la vaccination par le BCG. La centralisation de la vaccination au sein des PMI se généralise. Cette organisation propre à la vaccination par le BCG devrait être évaluée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Aït Belghiti F, Antoine D. L'épidémiologie de la tuberculose en France en 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(9-10):164-71.
- (2) Société française de santé publique. Rapport sur la levée de l'obligation vaccinale par le BCG chez les enfants. Synthèse et recommandations de l'audition publique des 13 et 14 Novembre 2006. Paris: Société française de santé publique; 2006. Commandité par le Directeur Général de la Santé.
- (3) Direction Générale de la Santé. Circulaire n°DGS/RI1/2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents. 2007.
- (4) Guthmann JP, Fonteneau L, Levy-Bruhl D, rédacteurs. Vaccinations par le BCG chez les enfants nés après la suspension de l'obligation vaccinale et suivis dans les PMI de France. Rapport final. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010.
- (5) Rossignol-Savoye L, chargée d'étude. Pratiques et déterminants de la vaccination BCG en médecine générale en France, depuis la suspension de l'obligation vaccinale. Etape 1: les focus groupes. Paris: Inserm; 2010.
- (6) Rossignol-Savoye L, chargée d'étude. Pratiques et déterminants de la vaccination BCG en médecine générale en France, depuis la suspension de l'obligation vaccinale. Etape 2: Enquête transversale. Paris: Inserm; 2011.
- (7) Prescrire Rédaction. Vaccin BCG SSI° : nombreuses erreurs liées au conditionnement. Rev Prescrire 2015;35(385):824.
- (8) Amouyal M, Vallart M, Bourrel G, Oude-Engberink A. Que pensent les parents de la vaccination ? Une étude qualitative. Exercer 2013;vol24(105):12-9.
- (9) Drahi E. Comment partager la décision sur les vaccinations avec les parents ?. Médecine. 2017 Mar;119-122.

(10) Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C (sous la direction). Enquête Nicolle 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint-Denis: INPES, Études santé; 2008.

(11) Guthmann JP, Chauvin P, Le Strat Y, Soler M, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D, rédacteurs. Déterminants socio-économiques des vaccinations BCG et pneumocoque chez les enfants de la région parisienne. Résultats de l'enquête VACSIRS 2010. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013.

(12) Haut Conseil de la Santé Publique. Âge optimal de vaccination par le BCG chez les nourrissons et pertinence de pratiquer une intradermoréaction préalable. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017. Commandité par le Directeur Général de la Santé.

(13) Fleury C, Caihol J. Ruptures de stock répétées de vaccin BCG en France : constats et conséquences dans un centre de santé de Seine-Saint-Denis. Santé publique. 2017;vol 29(1):41-45.

(14) Comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination. Rapport sur la vaccination. 2016.

(15) Verger P. Les médecins face à la crise de confiance dans la vaccination en France. Médecine. 2017 Mar;110-114.

ANNEXES

Annexe 1

INFORMATION ETUDE BCG

Questions autour de la pratique du BCG. Etude Qualitative

GOUTTEFANGEAS.C (Interne doctorante), LIEBART.S (Directrice de thèse), RIVOLLIER.E (Co-Directrice de thèse)

Nous sollicitons par la présente votre participation à une recherche qualitative relative aux pratiques autour de la vaccination par le BCG chez les enfants éligible depuis la levée de l'obligation vaccinale.

Il s'agit d'une étude de type qualitative reposant sur des entretiens collectifs (focus group)

La population de l'étude est constituée de professionnels de santé libéraux ou salariés du département de la Loire.

Le recrutement est effectué selon la méthode de l'échantillonnage raisonné.

Chaque focus group sera constitué de 4 à 6 personnes au maximum. Les recrutements prendront fin à saturation des données.

Un animateur (interne doctorante) et un observateur (co-directrice de thèse) seront présents à chaque entretien, organisé au sein du centre hospitalier de la zone géographique.

Un consentement écrit et un questionnaire définissant les caractéristiques des participants aux entretiens seront distribués en début de séance. Des questions ouvertes seront posées l'une après l'autre, pour une séance d'une durée estimée à 1h30.

A la fin de ce travail, un courrier électronique comprenant les résultats de l'analyse sera envoyé aux participants sous la forme d'une thèse d'exercice.

Pour tout renseignements complémentaires, vous pouvez contacter :

- Chloé Gouttefangeas, chloegouttefangeas@gmail.com
- Elisabeth Rivollier, elisabeth.rivollier@chu-st-etienne.fr
- Sandra Liebart, sandra.liebart@univ-st-etienne.fr

Annexe 2

Formulaire de présentation et de consentement

Questions autour de la pratique du BCG Étude qualitative par focus group.

GOUTTEFANGEAS Chloé-Interne en Médecine Générale
Directrice de thèse : Dr LIEBART-Département Universitaire de Médecine Générale
Co-directrice de thèse : Dr RIVOLLIER-Centre antituberculeux de la Loire, ULAT

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à mieux comprendre les pratiques de vaccination par le BCG et identifier les obstacles à la réalisation du vaccin. Les objectifs de ce projet de recherche sont la mise en évidence des moyens et méthodes pouvant être utilisés par les médecins et sages-femmes pour optimiser la vaccination chez les enfants issus de population à risque. Ce projet n'est subventionné par aucune institution ou laboratoire.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à la participation active à un entretien collectif (focus-group) d'une durée approximative d'une heure au cours duquel seront enregistrées vos commentaires et avis sur les questions posées. Cet entretien sera constitué de médecins généralistes, pédiatres et sages-femmes, réunis dans une salle neutre choisie à cet effet.

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée lors de la retranscription écrite des données, en vous identifiant par une lettre alphabétique attribuée au début de l'entretien collectif. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants. Le travail sera diffusé à chaque participant par courriel sous forme d'une thèse d'exercice. L'ensemble de la conversation anonymisée sera jointe en annexe.

Les données recueillies seront conservées sur le disque dur personnel de l'enquêteur et les seules personnes qui y auront accès sont l'enquêteur, sa directrice et co-directrice de thèse. Elles seront détruites un an après soutenance de la thèse et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux et l'enquêteur s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ une heure, selon la durée de l'entretien collectif, tributaire des réactions des participants. La contribution à l'amélioration des pratiques vaccinales par le BCG est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Nom du participant :

Année de naissance :

Sexe (rayez la mention inutile): Homme Femme

Zone géographique d'exercice (rayez les mentions inutiles):

Saint-Etienne Roanne Saint-Chamond Firminy Montbrison

Mode d'exercice (rayez les mentions inutiles):

Libéral Hospitalier PMI Mixte (Libéral+Hospitalier) Interne

Nombre d'années d'exercices :

Courriel (pour transmettre les résultats et recueillir vos remarques) :

.....

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Signature du participant :

Date : /201

Signature des chercheurs :

GOUTTEFANGEAS

Date : /201

RIVOLLIER

Date : /201

LIEBART

Date : /201

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Chloé Gouttefangeas,
chloegouttefangeas@gmail.com

Elisabeth Rivollier, elisabeth.rivollier@chu-st-etienne.fr

Sandra Liebart, sandra.liebart@univ-st-etienne.fr

Annexe 3

Questionnaire d'entretien collectif

1- Comment repérez-vous les situations où l'enfant est éligible à la vaccination par le BCG ? Quels genres de difficultés rencontrez-vous en pratique?

2- Comment repérez-vous les situations où la vaccination par le BCG est contre-indiquée ? Quels genres de difficultés rencontrez-vous en pratique?

3- Comment dans votre pratique abordez-vous avec les parents la question de la vaccination du BCG de leur enfant et les effets du BCG ?

4- Qu'est-ce qui pourrait faciliter en pratique vos démarches et vos décisions ?

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : Chloé GOUTTEFANGEAS **N° DE THESE :** 2017 - 21

TITRE DE LA THESE :

Questions autour de la pratique du BCG. Etude qualitative.

RESUME :

Introduction. La France est un pays à faible incidence de tuberculose. La vaccination par le BCG est basée sur une recommandation forte de vaccination des enfants à risque depuis juillet 2007. Les études montrent une couverture vaccinale insuffisante et des difficultés dans le ciblage de la population depuis la levée de l'obligation vaccinale. L'objectif de notre étude est d'évaluer les modalités de décision des professionnels de santé en pratique quotidienne face à un enfant éligible au BCG en recommandation individuelle

Matériels et méthodes. Une étude qualitative par focus groups auprès des médecins et sages-femmes du département de la Loire a été menée entre octobre 2015 et décembre 2016. Cinq focus groups de 4 à 6 participants ont été constitués selon la méthode de l'échantillonnage raisonné dans cinq territoires définis par les enquêteurs. L'analyse a été faite en double aveugle selon les principes propres à l'étude qualitative.

Résultats. Les professionnels de santé sont en difficulté pour cibler la population éligible à la vaccination BCG et définir l'âge optimal de vaccination. La réalisation du vaccin pose des problèmes techniques de réalisation et d'organisation, accentués par les changements récents de produits et par la mauvaise disponibilité du vaccin. Les professionnels ont des doutes sur les politiques vaccinales menées et sont focalisés sur les autres vaccins obligatoires et recommandés. En dehors des médecins de PMI, ils sont peu investis dans la vaccination BCG. Les parents issus de l'immigration adhèrent facilement à la vaccination par le BCG d'après les professionnels, alors que les parents dans leur ensemble expriment une réticence croissante vis à vis des vaccins. Les professionnels ont besoin d'information et de soutien pour promouvoir la vaccination.

Conclusion. La vaccination par le BCG est sur de nombreux points confuse pour les professionnels. La définition de la population à risque, l'intégration du vaccin dans le calendrier vaccinal, les changements de pratiques, l'information vaccinale et le parcours de soins sont autant d'éléments à préciser pour aider les professionnels dans leur décision de vaccination contre la tuberculose.

MOTS CLES : médecine générale ; tuberculose ; vaccination ; vaccin BCG.

JURY :

Président :

Jean-Louis STEPHAN

Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne

Assesseurs :

Pr Bruno POZZETTO

Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne

Pr Josette VALLEE

Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne

Dr Elisabeth RIVOLLIER (co-directrice de thèse)

Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Saint Etienne

DATE DE SOUTENANCE : 09 Mai 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : 7 Rue Emile Combes 42000 Saint-Etienne